

Anmeldung

Bibliotheksausweisnummer

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Ich erkenne die Benutzungsbedingungen und die Entgeltordnung der Stadtbibliothek Stralsund an.

Ich bin mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Benutzung der Stadtbibliothek Stralsund einverstanden.

Datum:

Unterschrift:

Antrag entgegengenommen und geprüft

Datum

Unterschrift

Die umrandeten Bereiche werden von der Bibliothek ausgefüllt.